

ទម្រង់បែបបទសំណើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គល ដើម្បីចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង MEDICARE ADVANTAGE PLAN (ផ្នែក C)

តើនរណាអាចប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan

ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយ អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកស្របច្បាប់។
- រស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានសេវារបស់គម្រោង

សារៈសំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan អ្នកក៏ត្រូវតែមានទាំងពីរនេះផងដែរ៖

- Medicare ផ្នែក A (ធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ, Hospital Insurance)
- Medicare ផ្នែក B (ធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ, Medical Insurance)

តើខ្ញុំប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយបាន៖

- នៅចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ រៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការរ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់មួយចំនួនដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

ចូលទៅកាន់ [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមថាតើនៅពេលណាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងណាមួយបាន។

តើខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខសម្គាល់ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ របស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញគ្រប់ចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ចំណុចនៅក្នុងផ្នែកទី 2 អាចបំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន — អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធការរ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញចំណុចទាំងនេះឡើយ។

ការក្រើនរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងណាមួយនៅអំឡុងពេលបើកការចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា – ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក ត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រទូទាត់មួយច្បាប់សម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យការទូទាត់បុព្វលាភរបស់អ្នកត្រូវបានកាចេញពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែ (ឬក្រុមប្រឹក្សាភិបាលចូលនិវត្តន៍ផ្លូវដែក, Railroad Retirement Board) របស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនិងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles, CA 90017

នៅពេលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមកម្មវិធី ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយទៅលើទម្រង់បែបបទនេះបានដោយរបៀបណា?

ហៅទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Health Plan តាមរយៈលេខ 1-833-592-3767។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 711)។

ឬ ហៅទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។

En español: Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

បុគ្គលដែលជួបប្រទះបញ្ហាគ្មានទីលំនៅស្នាក់អាស្រ័យ

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងណាមួយ ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ នោះដើម្បីសង្រួមទ្រង់ទ្រាយត្រឹមត្រូវជាប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានទីផ្សារ ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកអាចទទួលសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍បាន (ឧ. មូលប្បទានបុត្ររបស់សន្តិសុខសង្គម) អាចចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយត្រដាសស្នាម (Paperwork Reduction Act) ឆ្នាំ 1995 មិនត្រូវឱ្យជនណាម្នាក់ធ្វើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ លុះត្រាតែវាបញ្ជាក់លេខត្រួតពិនិត្យរបស់ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងថវិកា (Office of Management and Budget, OMB) ដែលមានស្តីលើការិយាល័យ។ លេខគ្រប់គ្រង OMB មានស្តីលើការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវឱ្យបំពេញការប្រមូលព័ត៌មាននេះ ត្រូវបានបានស្ថាបនាឡើងវិញរយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយរដ្ឋបាលគ្រប់គ្រងការធ្វើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មាន។ លេខត្រួតពិនិត្យការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យ លម្អិតស្រាប់ប្រមូលទិន្នន័យតាមការចាំបាច់ និងបំពេញនិងត្រួតពិនិត្យការប្រមូលព័ត៌មាន។ បើអ្នកមានការយោបល់អ្វី ទាក់ទងនឹងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ ឬការផ្តល់យោបល់ដើម្បីធ្វើឱ្យទម្រង់បែបបទនេះល្អប្រសើរឡើង សូមសរសេរសំបុត្រទៅ៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សំខាន់៖

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយ លម្អិតព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ថវិកាទាមទារ ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។ល។) ទៅកាន់ការិយាល័យបញ្ជាក់សំណុំរបាយការណ៍ (Reports Clearance Office) នៃច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយត្រដាសស្នាម (Paperwork Reduction Act, PRA) ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើឱ្យទម្រង់បែបបទនេះប្រសើរឡើង ឬឯកសារគ្មានប្រយោជន៍ លម្អិតផ្សេងៗទៀត (ចម្លងចែងនៅក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបានបំបាញ់ចោល។ ឯកសារទាំងនោះនឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គម្រោងនោះឡើយ។ សូមមើល "តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?" នៅលើទំព័រនេះដើម្បីធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបំពេញទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែក 1 - រាល់ចន្លោះព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះគឺចាំបាច់ត្រូវបំពេញ (លើកលែងដែលមានសញ្ញាសម្គាល់ថា បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖
 L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 ក្នុងមួយខែ

នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____ បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន៖ អក្សរ
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____ ភេទ៖ _____ លេខទូរសព្ទ៖ _____ ប្រភេទលេខទូរសព្ទ៖ _____
 (/ /) ប្រុស ស្រី () ផ្ទះ ទូរសព្ទដៃ

អាសយដ្ឋានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបំពេញប្រអប់ប្រែសម្រួលណីយ៍)៖ _____
 ទីក្រុង៖ _____ បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន៖ ខេ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺបកូដ៖ _____
 អាសយដ្ឋានប្រអប់ប្រែសម្រួលណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (អនុញ្ញាតឱ្យមានប្រអប់ប្រែសម្រួលណីយ៍)៖ _____
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____ ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺបកូដ៖ _____

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖
 លេខសម្គាល់ Medicare៖ _____ - _____

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងមានការរ៉ាប់រងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមលើ L.A. Care Medicare Plus ឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 ឈ្មោះការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖ _____ លេខសម្គាល់សមាជិករបស់ការរ៉ាប់រងនេះ៖ _____ លេខសម្គាល់ក្រុមនៃការរ៉ាប់រងនេះ៖ _____

តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់លេខ Medi-Cal របស់អ្នក៖ _____

សំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវរក្សាទុកទាំង Hospital (ផ្នែក A) និង Medical (ផ្នែក B) ឱ្យស្ថិតក្នុងគម្រោង L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) ។
- តាមរយៈការចូលរួម Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា L.A. Care Medicare Plus នឹងចែករំលែកព័ត៌មានអំពី Medicare ទៅកាន់បុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ពាក់ព័ន្ធនឹងការទូទាត់ប្រាក់ និងក្នុងគោលបំណងផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការមិនឆ្លើយតប អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង MA plan បានតែមួយប៉ុណ្ណោះ ក្នុងមួយដង - ហើយយល់ថាការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត ដោយស្វ័យប្រវត្តិ (ការលើកលែងមានអនុវត្តចំពោះសេវាឯកជនឥតគិតថ្លៃរបស់ Medicare Advantage (Medicare Advantage Private Fee-For-Service, MA PFFS) គម្រោងគណនីសន្សំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare Advantage (Medicare Advantage Medical Saving Account, MA MSA))។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការរ៉ាប់រង L.A. Care Medicare Plus របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំនឹងត្រូវទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពី L.A. Care Medicare Plus ។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយ L.A. Care Medicare Plus ហើយមាននៅក្នុងឯកសារ "ភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រង" នៃ L.A. Care Medicare Plus របស់ខ្ញុំ (ឬហៅថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអតិថិជន) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និង L.A. Care Medicare Plus នឹងមិនទូទាត់លើអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទការចុះឈ្មោះនេះ គឺត្រឹមត្រូវទៅតាមដឹងព្រមរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយដោយចេតនានៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំដឹងច្បាស់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមផ្លូវច្បាប់ឱ្យបំពេញតួនាទីជំនួសមុខខ្ញុំ) នៅលើពាក្យសុំនេះ មានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ច្បាស់អំពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលបានអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របតាមច្បាប់នៃរដ្ឋក្នុងការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះនេះ ហើយ
 2) ឯកសារនៃការអនុញ្ញាតនេះគឺត្រូវមានសម្រាប់ផ្តល់ជូនដល់ Medicare បើមានការស្នើសុំ។

ហត្ថលេខា៖ _____ **កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖** _____

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ និងបំពេញចន្លោះបំពេញព័ត៌មានទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____
 លេខទូរសព្ទ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ផ្នែក 2 – រាល់ចន្លោះបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ អាចបំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានបដិសេធការរ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញព័ត៌មានទាំងនេះទេ។

តើអ្នកមានដើមកំណើតពីប្រទេសនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬជាជនជាតិអេស្ប៉ាញដែរឬទេ? ជ្រើសយករាល់ចម្លើយទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

ទេ មិនមានដើមកំណើតពីប្រទេសនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬជាជនជាតិអេស្ប៉ាញទេ បាទ/ចាស ជនជាតិមិកស៊ិក អាមេរិកមិកស៊ិក

បាទ/ចាស ព័រតូរីកោន លីកាណូ

បាទ/ចាស មានដើមកំណើតពីប្រទេសនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬជាជនជាតិអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា

ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

តើអ្នកមានពូជសាសន៍អ្វី? ជ្រើសយករាល់ចម្លើយទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក

អាស៊ី៖ ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ និងជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិក៖

ឥណ្ឌាអាស៊ី Guamanian ឬ Chamorro

ចិន ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ

ហ្វីលីពីន Samoan

ជប៉ុន ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត។

កូរ៉េ ស្បែកស

វៀតណាម ជ្រើសមិនឆ្លើយតប

អាស៊ីផ្សេងទៀត

ជ្រើសរើសភាសានិយាយតាមតម្រូវការរបស់អ្នក ប្រសិនបើជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

អេស្ប៉ាញ ចិនកុកធី ចិនកាតាំង កូរ៉េ អាមេនី រុស្ស៊ី អារ៉ាប់

តាហ្គាឡុក វៀតណាម ហ្វាស៊ី ខ្មែរ/កម្ពុជា

ជ្រើសរើសភាសាណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានជូនអ្នកជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

អេស្ប៉ាញ ចិន កូរ៉េ អាមេនី រុស្ស៊ី អារ៉ាប់ តាហ្គាឡុក

វៀតណាម ហ្វាស៊ី ខ្មែរ/កម្ពុជា

ជ្រើសយកមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។

បោះពុម្ពផ្តល់ ស៊ីឌីអូឌីយ៉ូ ស៊ីឌីទិន្នន័យ អក្សរស្នាប

សូមទាក់ទង L.A. Care Medicare Plus តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ យើងបើកដំណើរការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 711 ។

តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការទេ? បាទ/ចាស ទេ

រាយនាមគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (Primary Care Physician, PCP) របស់អ្នក៖

លេខទូរសព្ទ PCP៖ () អាសយដ្ឋាន PCP៖

លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវា L.A. Care (ដែលមានរាយនាមនៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា)៖	ក្រុមពេទ្យ (Medical Group) / សមាគមគ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Physician Associations, IPA)៖	តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជាអ្នកជំរើរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់នេះមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
---	---	---

លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ () ប្រភេទលេខទូរសព្ទ៖ ផ្ទះ ទូរសព្ទ

ដោយគូសផឹកប្រអប់នេះ អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ទាក់ទង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក រួមទាំងការហៅទូរសព្ទ ឬផ្ញើសារ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរការអនុញ្ញាតនេះបានគ្រប់ពេល ដោយទាក់ទងទៅ L.A. Care។

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ដោយគូសផឹកប្រអប់នេះ អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ទាក់ទង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកតាមអ៊ីមែល។ អ្នកនឹងបន្តទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសំខាន់ៗតាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរការអនុញ្ញាតនេះបានគ្រប់ពេល ដោយទាក់ទងទៅ L.A. Care Medicare Plus តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 TTY 711 ។

ឈ្មោះពេញនៃបុគ្គលទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖	លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖ ()
អ៊ីមែលទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលបានជល៖

សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលបានជលនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 នៃច្បាប់របបសន្តិសុខសង្គម និងក្រមច្បាប់បទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ (Code of Federal Regulation, CFR) 42 ផ្នែក 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចនឹងប្រើប្រាស់ ផ្សព្វផ្សាយ និងដោះដូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានជល Medicare ដូចមានចែងនៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (System of Records Notice, SORN) “ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់គម្រោង Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)” លេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការមិនឆ្លើយតប អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះ។

ព័ត៌មានភ្នាក់ងារជំនួយ	
ឈ្មោះភ្នាក់ងារ៖	# លេខអាជ្ញាបណ្ណភ្នាក់ងារ៖
លេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារ៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់ភ្នាក់ងារ៖
កាលបរិច្ឆេទទទួលបានរបស់ភ្នាក់ងារ៖	កាលបរិច្ឆេទសុពលភាពដែលបានស្នើរបស់ភ្នាក់ងារ៖